

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1907-1908. — N° 60

CANCER DU PANCRÉAS

ET

CANCER DES VOIES BILIAIRES

Essai de diagnostic différentiel

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Lundi 16 Décembre 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Xavier JUNQUET

Elève de l'Ecole de Santé Militaire

Né à Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure), le 20 octobre 1884



LYON

IMPRIMERIE A. STORCK ET C^{ie}

8, Rue de la Méditerranée, 8

1907

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1907-1908. — N° 60

CANCER DU PANCRÉAS

ET

CANCER DES VOIES BILIAIRES

Essai de diagnostic différentiel

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Lundi 16 Décembre 1907

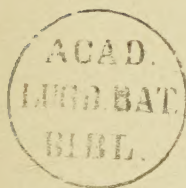
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Xavier JUNQUET

Elève de l'Ecole de Santé Militaire

Né à Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure), le 20 octobre 1884



LYON

IMPRIMERIE A. STORCK ET C^{ie}

8, Rue de la Méditerranée, 8

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.	DOYEN.
J. COURMONT	ASSESEUR.
LORTET	DOYEN HONORAIRE.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

Professeurs

	MM.
Cliniques médicales	LÉPINE.
	TEISSIER.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale	X.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	ROQUE.
Pathologie et Thérapeutique générales	COLLET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE.

Professeur adjoint

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

Chargés de cours complémentaires

Pathologie externe	MM. VALLAS.	agrégé.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	ANCEL,	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	PATEL	VORON
SAMBUC	ANCEL	LEPINE (J ^e)	NOGIER
COURMONT (P.)	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
CHATIN	GAYET	MARTIN (Et.)	
VILLARD	MOREL	CAVAILLON	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COLLET, président; PAVIOT, assesseur;
VILLARD et CAVAILLON, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Commandant-Major au 4^e Régiment d'Infanterie Coloniale

A MA MÈRE

*dont la vie toute de sacrifices et de
dévouement a été entièrement con-
sacrée aux siens, je dédie ces quel-
ques pages en témoignage de ma
profonde affection et de mon infinie
reconnaissance.*

A MON GRAND-PÈRE

Le Docteur Xavier JUNQUET

A MA GRAND-MÈRE

A MON FRÈRE — A MA SŒUR

A MES PARENTS

A Monsieur le Professeur COLLET

Professeur de Pathologie et thérapeutique générales

*Qui nous fait aujourd'hui le grand
honneur de présider notre thèse.*

A Monsieur le Professeur agrégé DEVIC

Médecin des Hôpitaux

*Il nous a inspiré le sujet de notre
thèse et nous a prodigué ses conseils.
Nous l'en remercions vivement.*

A MES MAITRES

de Toulouse — de Lyon
et de l'École du Service de Santé Militaire

C'est pour nous un devoir, par une tradition qui s'est heureusement conservée, d'adresser quelques mots de reconnaissance à tous ceux qui pendant nos années d'étude se sont intéressés à nous et ont contribué à notre formation médicale.

Nos premiers maîtres de Toulouse ont su nous représenter la médecine comme une science aimable et ont toujours eu pour nous la plus grande bienveillance. Nous ne saurions les oublier.

A la Faculté de Lyon, M. le professeur agrégé Devic, médecin des hôpitaux, nous a toujours fort bien accueilli. Nous nous rappellerons avec plaisir ses leçons au lit du malade toujours empreintes du plus large esprit clinique ainsi que de la plus remarquable originalité.

A l'Ecole du Service de santé militaire, M. le médecin-major Lafforgue, répétiteur, a toujours été pour nous d'une amabilité sans bornes. Il a contribué pour une très large part à notre formation médicale et ne nous a pas ménagé les encouragements et les conseils. Qu'il veuille bien agréer nos meilleurs remerciements.

Pendant les deux années qu'ils ont passées à Lyon, M. Bouygues, conservateur des hypothèques et M^{me} Bouygues ont toujours eu pour nous la plus charmante hospitalité et ont remplacé les nôtres absents. C'est une dette de reconnaissance que nous

avons contractée envers eux. Nous leur adressons ainsi qu'à leur famille le plus cordial merci.

M. le docteur Pont, ex-interne des hôpitaux et M^{me} Pont ainsi que M. et M^{me} Chicandard nous ont toujours réservé le plus aimable des accueils; qu'ils veuillent bien recevoir l'expression de notre sincère gratitude.

A ceux de nos camarades qui ont bien voulu nous entourer de leur sympathie et particulièrement aux docteurs Barbier, Badie, Gaud et Izard, nous adressons l'expression de notre vive amitié.

Avant d'aborder notre sujet il nous a semblé utile de préciser dans notre premier chapitre ce que nous voulions entendre exactement par cancer du pancréas et cancer des canaux biliaires. Dans un second chapitre, nous exposerons ensuite l'historique des deux questions: nos observations feront l'objet du troisième chapitre et dans le quatrième nous essaierons d'établir le diagnostic différentiel entre les deux lésions.

CHAPITRE PREMIER

La sagacité du médecin est souvent mise à l'épreuve, lorsque appelé auprès d'un malade il se trouve en présence de l'évolution d'un ictère chronique. Le diagnostic causal est cependant d'une importance capitale, car il pourra nécessiter quelquefois une opération, comme par exemple dans l'obstruction lithiasique des canaux biliaires et notamment du cholédoque, ou bien l'abstention presque absolue, à moins d'indications spéciales de tout acte opératoire, comme dans le cancer de la tête du pancréas. Certaines affections se trouvent en général éliminées du fait de la chronicité de l'ictère et cependant le diagnostic reste quelquefois en suspens, si bien que dans une vérification anatomique postérieure on ne trouve pas la confirmation de celui qu'on avait pu supposer. Il est une cause importante d'ictère chronique sur laquelle l'attention a été appelée il y a quelques années par différents auteurs et notamment par MM. DEVIC et GALLAVARDIN dans leur remarquable monographie publiée dans la *Revue de Médecine*: c'est le cancer des canaux biliaires. Bien que les traités classiques, parlant surtout du cancer de la

vésicule biliaire, consacrent peu de lignes à cette affection, les observations publiées montrent que ce néoplasme n'est pas une rareté et qu'on doit le faire entrer en ligne de compte dans la discussion du diagnostic. Sa symptomatologie se rapprochant étrangement de celle du cancer de la tête du pancréas, si bien que dans beaucoup d'observations ce diagnostic était porté cliniquement, il nous a semblé intéressant d'étudier si l'on pouvait essayer d'établir entre ces deux affections anatomiquement si voisines un diagnostic différentiel.

Mais qu'entendons-nous par cancer des voies biliaires? Avec MM. DEVIC et GALLAVARDIN, nous désignons les néoplasmes des portions tronculaires de l'arbre biliaire entre le hile du foie et le segment duodénal du tube digestif, localisés primitivement sur ces gros canaux.

Nous éliminerons donc :

Les tumeurs développées dans les ramifications biliaires intrahépatiques. Elles sont rares et même discutées. Certains auteurs ont voulu voir dans la prolifération de leur épithélium le point de départ du cancer primitif du foie. Leur symptomatologie est inappréciable ou bien franchement hépatique. On a donc dans ces cas affaire à une affection du foie, non à une obstruction biliaire.

Les tumeurs de l'ampoule de VATER qui ont été publiées en assez grand nombre et réunies dans des travaux d'ensemble et notamment dans les thèses de BUSSON et VINCENT. On a fait entrer d'ailleurs

dans cette classe une série de tumeurs sur l'origine desquelles les auteurs ne sont pas d'accord et la discussion à ce sujet est loin d'être close. Pour plus de netteté nous n'en parlerons donc pas.

Les cancers de la vésicule biliaire qui ont donné lieu à des études très complètes, qui sont devenus classiques mais qui représentent un type clinique différent de celui que nous voulons étudier.

Les noyaux cancéreux secondaires provenant de la généralisation d'un néoplasme éloigné.

Les cancers nés dans les organes voisins et ayant envahi par propagation les voies biliaires, tels que les cancers de la vésicule biliaire propagés aux canaux, les cancers de la tête du pancréas, qui au moment où on connaissait mal cette affection, ont été publiés comme néoplasme du cholédoque.

Les ganglions dégénérés qui compriment les voies biliaires, ainsi que les masses néoplasiques, émanant du foie ou de l'estomac.

Les bourgeons cancéreux qui sont libres à l'intérieur des voies biliaires suivant un processus analogue à celui qui provoque la pénétration de ces bourgeons dans les gros troncs veineux (veine rénale dans le cas de cancer du rein, veine cave supérieure et jugulaire dans le cancer thyroïdien, veine porte dans le cancer du foie).

Les tumeurs bénignes dont l'existence est rare, mais cependant a été signalée par quelques observateurs. Fibrome du canal cholédoque (EHRMANN). Tumeurs cellulo-adipeuses (WARDELL, EHRMANN). Polype muqueux (ROLLESTON).

Après ces éliminations diverses, il nous reste donc le véritable cancer primitif des canaux biliaires extra-hépatiques dont nous allons essayer d'établir le diagnostic différentiel avec le cancer de la tête du pancréas.

CHAPITRE II

Historique

Le cancer de la tête du pancréas et celui des canaux biliaires sont deux questions de date relativement récente et dont l'histoire ne remonte guère au delà de la dernière moitié du XIX^e siècle.

L'étude du cancer primitif des canaux biliaires présente deux phases distinctes. Dans la première on a en vue exclusivement les cancers de la terminaison du cholédoque; d'ailleurs la plupart de ceux-ci sont souvent des cancers du voisinage (tête du pancréas, duodénum) qui ont envahi secondairement ce canal.

ROKITANSKY, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, ainsi que FÔRSTER, BAMBERGER, WUNDERLICH, HENOCH, LEBERT, dans leurs traités, pensent que seul est possible l'envahissement des gros canaux par des bourgeons secondaires émanés des organes voisins. FRERICHS, MURCHISON, HARLEY ne signalent aucun fait probant, se bornant à des exemples des cancers propagés.

En 1840, DURAND-FARDEL publie le premier cas de cancer primitif du cholédoque; SCHUPPEL, dans un article de la *Specielle Pathologie und Therapie* de

VON ZIEMSEN, signale à son tour le cancer du canal hépatique et attire l'attention sur cette portion importante des canaux biliaires dont il prétend faire le siège d'élection des tumeurs malignes.

Aussitôt en présence d'un cas d'ictère chronique, la sagacité des observateurs est mise en éveil; on se préoccupe du diagnostic précis, de sa vérification ultérieure et on voit alors apparaître de nouveaux cas. Il faut citer à l'étranger ceux de ROSENSTEIN, KORUZINSKY, BRADBURY, NORMAN, MOORE, KRAUS, DEETJEN, MARTIN, BRENNER, et en France ceux de JOURDON, LAUGIER fils, BOURGERET et COSSY, CHOUPE, BEZANÇON, GRIFFON et DARTIGUES, ETIENNE, CHAPPET, VILLARD.

En Allemagne, un certain nombre de dissertations inaugurales apportent un ou plusieurs cas nouveaux ou des considérations diverses sur ceux antérieurement publiés. SCHREIBER, en 1877, joint à son cas personnel trois cas déjà parus; HOWALD, en 1890, SCHMITT, en 1892, en réunissent 11 cas; Carl HESPER en 1893, 19 cas; MUSSEY ROLLESTON, 18 cas.

Nous sommes alors dans la seconde phase de l'histoire de ces tumeurs, elles ont acquis droit de cité dans la pathologie, l'attention a été attirée sur elles et des monographies diverses leur sont consacrées.

M. F. GLAISE cherche à opposer les cancers du canal cholédoque, qu'il appelle juxta-duodénaux, aux cancers des canaux cystiques et hépatiques qu'il appelle juxta-hépatiques, ces derniers atrophiant la vésicule, tandis que les premiers la distendent.

MM. LECÈNE et PAGNIEZ les suivent dans cette

voie, cherchant à individualiser ce groupe des cancers juxta-hépatiques.

MM. DEVIC et GALLAVARDIN apportant deux nouvelles observations à ajouter aux 55 cas déjà publiés font paraître en 1901, dans la *Revue de Médecine*, leur article où ils étudient d'une façon complète le cancer des grosses voies biliaires.

Se basant sur ce travail, M. INGELRANS, en 1902, dans les *Archives générales de Médecine*, MM. PLANTEAU et COCHEZ, en 1903, dans la *Revue de Médecine*, apportent chacun une observation de cancer primitif des canaux biliaires, portant ainsi à 59 le nombre de ces tumeurs qui, loin d'être absolument rares, méritent de retenir l'attention du médecin au même titre que le cancer de la tête du pancréas, devenu aujourd'hui si classique et dont nous allons retracer l'histoire.

« Le cancer du pancréas, quoique décrit depuis longtemps, est encore si peu connu que le plus souvent on le fait à peine entrer en ligne de compte dans le diagnostic différentiel des ictères classiques », écrivaient MM. BARD et PIC en 1888 dans leur article de la *Revue de Médecine*. En effet, cette lésion avait été tour à tour niée par certains auteurs et réputée comme très fréquente par d'autres. ROUX, BAILLIE niaient que cet organe pût être le siège du cancer et LEBER disait même n'en avoir trouvé aucun exemple dans ses autopsies. FRIEDREICH, au contraire, n'hésitait pas à dire que parmi les lésions du pancréas le cancer était celle qu'il avait observée le plus souvent. Un assez grand nombre de mémoires

étudiaient les symptômes de cette affection. Il faut citer les travaux de FRANCK et MONDIÈRE, ceux plus récents d'ANCELET (Thèse de Paris, 1864), de BONNAMY (Paris, 1879), de SALLES (Paris, 1880), de MADRES (Paris, 1883), les articles des deux dictionnaires par M. HUMBERT-MOLLÈRE, dans le Dictionnaire de JACCOUD (1878) par M. ARNOZAN dans le Dictionnaire Encyclopédique (1884). Puis paraissait la thèse de VERNAY (Lyon, 1884), faite sous la direction de M. le professeur Raymond TRIPIER, dans laquelle la fréquence du cancer primitif de l'organe était bien mise en évidence. Quelques cas nouveaux étaient étudiés à l'étranger : TAYLOR (*Boston medical and surgical journal*, 16 mars 1883). DIXON (*New-York Medical Journal*, 1884), ROTCH (*Boston med. and surg. journal*, 19 février 1883).

En mai 1887, MM. MOUTARD-MARTIN et MARTHA présentaient deux cas nouveaux à la Société anatomique de Paris et en septembre 1887, MM. RAMOS et COCHEZ publiaient deux observations dans la *Revue de médecine*. Quelques temps après (avril 1888), MM. BARD et PIC faisaient paraître une étude très complète du cancer primitif du pancréas dans laquelle on trouve un groupement précis de symptômes de façon à montrer l'allure clinique de la maladie, en même temps qu'une étude histologique très complète de ces tumeurs.

A la suite de cet important travail, nombreux sont les auteurs qui tant en France qu'à l'étranger ont signalé des cas nouveaux et les ont étudiés et il

serait trop long de les énumérer. Il faut signaler cependant MM. COURVOISIER, TERRIER HANOT qui en 1890-1894 relèvent soigneusement l'état de la vésicule et formulent cette loi: « Dans l'oblitération du cholédoque d'origine cancéreuse la vésicule biliaire est distendue alors qu'elle est rétractée si l'oblitération du cholédoque est d'origine calculeuse. » Beaucoup de discussions ont eu lieu à ce sujet car une loi ne peut avoir en médecine de valeur absolue. Mais en somme tous les travaux qui ont paru sur cette importante question n'ont ajouté que quelques détails à l'œuvre des maîtres lyonnais qui est devenue et est restée classique.

CHAPITRE III

Observations

I. — *Cancer de la tête du pancréas.*

OBSERVATION I (*inédite*)

Due à l'obligeance de M. le docteur DEVIC, n° 870
de sa collection.

Cliniquement. — Ictère chronique progressif par néoplasme de la tête du pancréas chez un vieux scoliotique. Fracture ancienne de la rotule. Gros cal fibreux, écartement de 6 centimètres.

Autopsie. — Néoplasme de la tête du pancréas.

M... Benoit, soixante-cinq ans, cultivateur, entre à la salle Sainte-Marie, n° 33, service de M. le docteur Devic, parce qu'il a beaucoup maigri et qu'il perd ses forces.

Père mort à quatre-vingt-neuf ans de maladie inconnue.

Mère morte à cinquante-huit ans d'une attaque.

Une sœur et un frère en bonne santé.

Personnellement le malade déclare n'avoir eu aucune affection grave, ni dans son enfance, ni pendant sa jeunesse. Il fit la guerre de 1870, dont il supporta bien le froid et les fatigues. Il fut légèrement malade pendant sa captivité en Prusse. Fracture de la clavicule gauche guérie. Il dit être malade depuis un mois et à ce moment il avait toujours froid et ressentait des frissons. Il a complètement perdu l'appétit et peut seulement supporter quel-

ques bouillons. Il a du dégoût complet des matières grasses. Ce n'est guère que depuis huit jours qu'il a vu se développer l'ictère foncé qui l'amène à l'hôpital. Il dit avoir beaucoup maigri depuis un mois, bien qu'il ne se soit pas pesé depuis l'âge de trente-six ans. Il ne travaillait pas depuis le début de ses troubles sans toutefois être alité. Il n'a pas eu d'épistaxis. Il nie toute spécificité et tout alcoolisme.

Le malade présente un ictère assez foncé. Les conjonctives sont jaunes. Le visage présente une teinte uniforme. La peau du reste du corps est moins colorée. On voit en certains endroits des lésions de grattage. Le malade dit en effet avoir eu un prurit généralisé assez intense.

Abdomen. — La palpation de l'abdomen montre une paroi résistante qui rend difficile la palpation des organes sous-jacents, cependant on sent par le palper que le foie déborde de plusieurs travers de doigt les fausses côtes : quatre ou cinq environ.

La percussion montre une matité hépatique commençant en haut à 2 centimètres environ du mamelon et débordant en bas de cinq travers de doigt le rebord costal. Ni la palpation, ni la percussion de cet organe ne sont douloureuses. Le malade n'accuse de plus aucun antécédent de colique hépatique, ni de douleur dans l'épaule.

Rate. — La rate n'est pas grosse. La matité occupe deux ou trois espaces intercostaux en hauteur.

La langue est saburrale, recouverte d'un enduit épais.

Le malade n'a jamais eu ni constipation ni diarrhée.

Les matières sont blanches.

Poumons. — On voit à l'examen du thorax que le malade présente une déviation de la colonne : une scoliose à convexité gauche occupant la région dorsale inférieure assez prononcée.

L'examen du poumon de ce côté est rendu difficile par cela même.

Il ne semble pas qu'on ait quelque chose de bien particulier : rien au sommet.

Du côté droit on note une légère submatité à la base, A ce niveau, nombreux râles s'étendant assez haut : rien au sommet.

Cœur. — La pointe est dans le cinquième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire. Mais les bruits sont un peu lents, néanmoins normaux et réguliers à l'orifice mitral. Rien de spécial au foyer pulmonaire. A l'orifice aortique le deuxième bruit est un peu prolongé.

On perçoit un souffle au niveau de la jugulaire.

Pouls : 48.

La sensibilité cutanée est normale. Les réflexes sont normaux.

Les urines sont foncées. Réaction de Gomelin positive.

Pas d'albumine. Pas de sucre.

Température à l'entrée : 37°,2.

29 décembre 1906. — Le malade dit être tombé il y a une huitaine d'années et s'être cassé la rotule. Il a été soigné par un rebouteur qui ne connut pas son affection et laissa guérir la fracture sans aucun traitement. Le malade présente un cal fibreux long de deux travers de doigt qui le gêne beaucoup pour la flexion. L'atrophie musculaire de la cuisse est assez considérable.

5 janvier 1907. — La tumeur vésiculaire est beaucoup plus nette que le premier jour. La langue est très légèrement saburrale et humide. Le malade mange peu mais de tout, notamment de la viande. Il refuse le vin.

12 janvier. — L'état reste stationnaire. L'ictère ne varie pas. On sent de mieux en mieux la vésicule. La langue est très légèrement saburrale.

18 janvier. — Le malade mange de tout. Il aurait un goût d'amertume presque habituel. L'appétit est presque exagéré.

5 février. — Le teint du malade est plutôt vert olive

que véritablement jaune. Le pouls est à 50. La langue est toujours humide, mais pas saburrale. Le malade prend café au lait, bouillon, potages. Il boit du vin et le trouve bon. Il mange aussi de la viande. Ni constipation ni diarrhée.

5 mars 1907. — Depuis hier le malade se plaint d'avoir des douleurs après avoir mangé sans vomissements ni diarrhée. Les selles restent quotidiennes et spontanées. Ce matin, après avoir bu son lait, le malade a pris un accident syn-copal.

La langue est toujours humide: nullement saburrale.

Le pouls est régulier et de faible tension: un peu lent.

11 mai. — Même état: prurit assez marqué.

19 mars. — Mange de tout, mais peu. Pas de vomissements. Selles spontanées non diarrhéiques. Il semble que la tumeur ait un peu augmenté de volume.

21 mars. — Pouls est à 60.

9 mai. — Le pouls est à 56, tellement faible qu'il a fallu pour le compter ausculter le cœur: on ne le sent pas à la fémorale ni à la radiale. L'amaigrissement a fait des progrès considérables.

Persistance du prurit.

Le malade prend 200 grammes de lait, 150 grammes de café et de vin, quelques pommes cuites.

La température est à 35°, 5 prise par M. Devic.

12 mai. — Mort à 11 heures du soir.

Relevé des températures :

Du 26 au 31 décembre 1906 : oscillations entre :

37°,2 — 37°,5. | 36°,9 — 36°,4.

Du 18 au 29 janvier 1907, oscillations entre :

37°, — 36°,9		37°,2 — 37°,3	
31 janvier	36°,2 — 36°,6	12 avril 1907,	36°,9 — 37°,
1 ^{er} mars 1907,	36°,3 — 36°,8	13 —	36°,8 — 37°,2
2 —	36°,4 — 36°,6	14 —	36°,8 — 37°
3 —	36°,3 — 36°,7	15 —	36°,4 — 36°,8
4 —	36°,6 — 36°,7	16 —	36°,6 — 37°
5 —	36°,6 — 36°,9	17 —	36°,6 — 36°,9
6 —	36°,6 — 36°,9	18 —	36°,6 — 37°
7 —	36°,2 — 36°,3	19 —	37° — 37°,2
8 —	36°,1 — 36°,3	20 —	36°,8 — 36°,9
9 —	36°,2 — 36°,6	21 —	37°
10 —	36°,6 — 36°,9	5 mai 1907,	36° — 36°,4
11 —	36°,6 — 36°,7	6 —	35°,9 — 36°,3
27 —	36°,9 — 37°	7 —	35°,8 — 36°,1
28 —	36°,6 — 36°,8	8 —	35°,5 — 35°,9
29 —	36°,5 — 36°,7	9 —	35°,6 — 36°
30 —	36°,6 — 36°,7	10 —	35°,8 — 35°,9
31 —	36°,4 — 36°,6	11 —	35°,4 — 35°,6
		12 —	35°,2

Poids du malade

29 décembre 1906,	52 k. 500	31 —	 41 k.
2 janvier 1907...	51 k.	7 avril 1907.....	41 k.
6 —	... 51 k.	14 —	 40 k. 900
20 —	... 49 k. 500	20 —	 40 k. 400
17 février 1907...	47 k.	28 —	 40 k.
5 mars 1907 ...	46 k. 500	4 mai 1907.....	39 k. 500
17 —	 45 k.	11 —	 38 k.

Autopsie

Cœur	230 gr.	Rein gauche.....	170 gr.
Poumon gauche...	310 gr.	Rein droit.....	130 gr.
Poumon droit....	400 gr.	Foie	1.320 gr.
Rate	90 gr.		

L'autopsie est pratiquée le 13 mai 1907.

On ne constate pas d'œdème périphérique, mais la disparition totale du pannicule adipeux sous-cutané. La sclérose est extrêmement marquée dans la région dorso-lombaire.

Point de liquide dans le péritoine ni dans les plèvres.

A l'ouverture du péricarde, il s'écoule une quantité notable de liquide purulent teinté par la bile.

Les exsudats qui recouvrent le feuillet viscéral du péricarde sont très discrets et, en outre, il y a des traces anciennes d'inflammation.

On ne constate pas d'insuffisance aortique à l'épreuve de l'eau.

Aorte. — Elle présente très peu d'athérome pour l'âge du sujet. Pas de plaques calcaires, pas d'ulcères. Coronaires perméables. L'aorte descendante est un peu dilatée, mais de façon uniforme.

Cœur. — Le trou de Botal est obturé.

On ne constate pas de trace d'endocardite ancienne ou récente.

Le cœur est petit; le muscle est mou.

Le cœur droit est manifestement hypertrophié par rapport au cœur gauche.

Poumons. — P. gauche : très légers exsudats à la partie supérieure. Emphysème considérable. Atélectasie légère de la base. On ne constate ni taches de bougie ni traces de lymphangite cancéreuse.

Dans la languette, on trouve deux ou trois masses indurées profondes. A la coupe, ces nodules, de la grosseur d'une noix assez volumineuse, présentent un aspect spongieux avec cavités multiples d'un liquide jaunâtre. Dès qu'on a dépassé le noyau, le tissu reprend son aspect normal. Ni zone d'hépatisation ni membrane limitante. Infarctus suppuré (?).

La partie inférieure de ce nodule présente l'aspect d'un noyau secondaire néoplasique.

P. droit : encore plus emphysémateux que le poumon gauche. Le lobe inférieur est atelectasié par une pleurésie déjà ancienne ou des exsudats hémorragiques à la base. Dans la languette, petit nodule néoplasique beaucoup plus petit que l'autre. Tout près du sommet anthracosique, on constate un petit noyau.

Rate. — Petite, scléreuse.

Œsophage. — On constate de petites varices saillantes au tiers inférieur et supérieur.

Estomac. — Petit. Rien de spécial à signaler.

Mésentère. — Deux ganglions assez volumineux, calcaires, mais pas du tout néoplasiques.

Reins. — Le gauche est un peu plus volumineux que le droit. La capsule est mince, se détachant bien.

On ne constate pas de carcinose péritonéale.

Rien de spécial à l'intestin qui est déroulé dans toute sa longueur.

Les organes génitaux n'ont rien.

Rien au corps thyroïde ni au larynx.

Foie. — Pas de déformations extérieures. Pas de périhépatite. L'organe présente une coloration vert sombre. A travers la capsule de Glisson qui ne paraît pas épaissie, le bord antérieur est mince, pas mousse du tout. A la coupe, l'organe ne paraît pas scléreux, son parenchyme est très vert; il s'écoule par les vaisseaux très peu de sang. La lésion la plus importante est constituée par la dilatation des voies biliaires intra-hépatiques, depuis le hile jusqu'à la surface. Les grosses divisions du hile ont le calibre du pouce au moins. Ce calibre va en diminuant au fur et à mesure qu'on s'éloigne du hile, mais sur les parties latérales droite et gauche, elles ont presque le calibre d'un crayon. Il n'y a que quelques millimètres de tissu hépatique qui séparent ces voies intra-hépatiques de la capsule. Le liquide qui distend ces voies est semblable à celui qu'on

trouve dans la vésicule. Il est trouble, un peu sirupeux et de coloration un peu jaune verdâtre. Nulle part de formation calculeuse. En aucun point de la surface de section on ne constate d'ilôts jaunâtres biliaires, absolument rien qui puisse rappeler un nodule à généralisation néoplasique quelconque.

On ne constate pas de thrombose de la veine porte et de ses branches. Rien de spécial à l'artère hépatique qui est de volume normal. Les ganglions du mésentère sont de volume et de consistance normale, sauf deux qui sont gros, irréguliers et durs au toucher. A la coupe, il s'agit d'incrustation calcaire et pas du tout de généralisation cancéreuse.

On ne constate pas d'autres ganglions suspects dans les fosses iliaques et le long de la colonne vertébrale.

Les ganglions trachéobronchiques sont anthracosiques, mais ni caséux ni cancéreux.

La vésicule biliaire est du volume de deux gros poings, pyriforme. Son fond, dirigé en avant et en haut, vient au contact des fausses côtes droites, laissant le foie et les autres organes figurés sur le schéma ci-joint, profondément enfouis dans l'abdomen.

La contenance de la vésicule est de plus de 650 centimètres cubes. Elle renferme un liquide légèrement trouble, sans odeur spéciale, de consistance filante, sirupeux, avec des reflets vert jaune bien nets, surtout quand on regarde le liquide dans un cristalliseur. Point du tout de calculs ni de sables biliaires. Les parois sont très souples, très minces et d'aspect tout à fait normal. Le canal cystique est peu dilaté. Le cholédoque au-dessus du pancréas et les deux branches de l'hépatique sont énormes. Leurs parois souples, non épaissies, plutôt amincies. La muqueuse, comme celle de la vésicule, est blanchâtre, mais régulière, sans bosselures ni saillies.

Tous les efforts de pression sur la vésicule, le foie, le cholédoque, n'ont pu faire sourdre une goutte de liquide

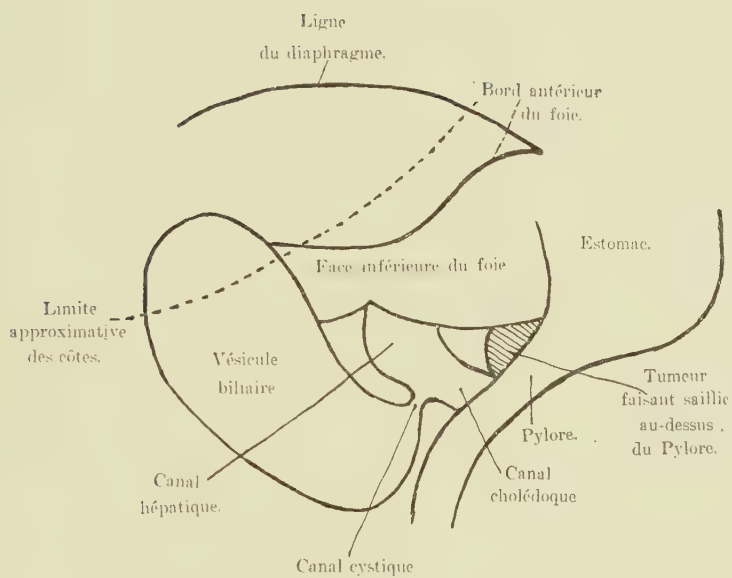


SCHÉMA D'APRÈS UN DESSIN EXÉCUTÉ A LA SALLE D'AUTOPSIE
INDIQUANT LE VOLUME RESPECTIF DES DIFFÉRENTS ORGANES

par l'ampoule de Vater qui, affaissée, a été très difficile à trouver sur le duodénum préalablement ouvert. Il a fallu pour trouver l'extrémité inférieure du cholédoque le cathériser à travers le pancréas avec beaucoup d'efforts et plusieurs tentatives.

Le pancréas présente deux portions à considérer : la tête, occupée par un néoplasme dur qui double le volume de l'organe en cette région, irrégulier, lardacé à la coupe blanchâtre, englobant le cholédoque qui, s'il n'est pas absolument oblitéré, ne présente guère qu'un calibre suffisant pour laisser passer à peine le plus petit des stylets. Le volume entier de la tumeur est celui d'une très grosse noix. Il ne semble pas que toute la tête du pancréas soit prise, car on trouve encore la structure glandulaire de coloration jaunâtre sur une certaine portion. Les ganglions du bord supérieur sont soudés à ce néoplasme et forment les seuls ganglions nettement néoplasiques. Ceux du hile ne paraissent pas touchés, pas plus d'ailleurs que ceux de la petite courbure.

Au delà de la tête, le canal de Wirsung se dilate assez brusquement jusqu'à l'extrême queue et atteint le volume d'un petit doigt. Il contient un liquide filant, visqueux, assez clair, sans calcul et à peu près incolore. La paroi interne est lisse, blanchâtre, sans nodosités. Le tissu pancréatique autour de ce canal dilaté ne forme plus qu'une coque de l'épaisseur à peine d'un demi-centimètre; c'est un tissu glandulaire peu grenu, très pâle et très dur.

Liquide retiré de la vésicule biliaire.

Analyse faite par M. PORTERET, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu :

Réaction : neutre.

Acides biliaires : faible réaction.

Pigments : faible réaction.

Cholestérine : 0.

Sucre : 0 au polarimètre.

Nombreux globules blancs.

OBSERVATION II (*résumée*)

(In BARD et PIC, *Revue de Médecine*, 1888)

Cliniquement. — Ictère chronique. Cancer de la tête du pancréas.

Autopsie. — Cancer de la tête du pancréas : dilatation de la vésicule biliaire; noyaux secondaires dans le foie qui n'a pas augmenté de volume.

Femme cinquante-huit ans. Ictère progressif ayant débuté en novembre 1884. Mort, 6 avril 1885. Cachexie intense.

La température, soigneusement relevée, devient hyponormale à partir du 30 mars, pour tomber à 35°,2, 35°,9 le 31 mars; 35°,8, 35°,7 le 1^{er} avril; 34°,4, 35°,4 le 2 avril; 34°,4, 34°,3 le 3 avril; 33°,3, 33°,1 le 4 avril; 32°,6, 32°,6 le 5 avril.

OBSERVATION III (*résumée*)

(In BARD et PIC)

Cliniquement. — Ictère chronique. Cancer de la tête du pancréas. Albuminurie par néphrite. Tumeur cancéreuse perceptible à quelques centimètres de l'ombilic.

Autopsie. — Cancer de la tête du pancréas. Noyaux secondaires dans le foie, qui n'est pas augmenté de volume. Néphrite interstitielle chronique. Hypertrophie du ventricule gauche. Pneumonie lobaire droite ultime. Dilatation de la vésicule biliaire. Rate à peu près normale.

Homme, soixante-onze ans, début en février 1886, mort en avril 1886. Cachexie.

La température, relevée à partir du 24 mars 1886, oscille de 36°,2 à 36°,8.

OBSERVATION IV (résumée)

(In BARD et PIC)

Cliniquement. — Cancer de la tête du pancréas. Ictère par compression du canal cholédoque.

Autopsie. — Cancer de la tête du pancréas. Dilatation de la vésicule biliaire. Calculs biliaires dans le canal cystique; nodules secondaires dans le foie qui n'est pas augmenté de volume. Absès dans le rein gauche. Hydronéphrose du rein droit par compression de l'uretère. Rate normale.

Femme, soixante-deux ans. Début de l'ictère en mai 1886, mort en septembre 1886, amaigrissement intense et cachexie.

La température, du 17 août au 19 septembre, a oscillé entre 37° et 37°,9.

OBSERVATION V (résumée)

(In BARD et PIC)

Cliniquement. — Ictère chronique.

Autopsie. — Cancer de la tête du pancréas. Noyaux secondaires dans le foie non augmenté de volume. Vésicule biliaire distendue. Rate normale.

Homme, septante-quatre ans. Début en octobre 1886, mort en janvier 1877, amaigrissement rapide et cachexie.

La température du 5 au 14 janvier 1885, d'abord autour de 37°,5, descend à 36°,8 le 8 janvier; 36°,9, 36°,6 le 9 janvier; 36°,6, 37°,1 le 10 janvier; 37°, 36°,8 le 11 janvier; 37°, 36°,5 le 12 janvier; 36°, 36°,6 le 13 janvier, 34°,8 le 14 janvier.

OBSERVATION VI (*résumée*)

(In BARD et PIC)

Cliniquement. — Ictère par rétention.

Autopsie. — Cancer du pancréas. Dilatation de la vésicule biliaire. Foie légèrement augmenté de volume.

Femme, vingt-huit ans. Début en décembre 1886, mort en mars 1887, cachexie rapide.

OBSERVATION VII (*résumée*)

(In BARD et PIC)

Cliniquement. — Cancer de la tête du pancréas.

Autopsie. — Cancer de la tête du pancréas. Noyaux secondaires dans le foie. Dilatation de la vésicule biliaire.

Femme, cinquante-huit ans. Début en mai 1887, mort en novembre 1887, amaigrissement et cachexie poussés aux dernières limites. Ictère très foncé.

OBSERVATION VIII (*résumée*)

(In BARD et PIC)

Cliniquement. — Ictère noir. Dégénérescence des voies biliaires et du pancréas.

Autopsie. — Cancer de la tête du pancréas. Pas d'augmentation de volume du foie. Vésicule dilatée.

Homme, soixante et onze ans. Début en octobre 1887, mort en décembre 1887, amaigrissement et cachexie rapides.

La température présente des oscillations entre 37°,5, 37°, 36°,5.

II. — *Cancer de voies biliaires.*

OBSERVATION IX (*inédite*)

(Due à l'obligeance de M. le docteur DEVIC,
N° 868 de sa collection)

Cliniquement. — Néoplasme probable des voies biliaires avant le confluent. Ictère progressif chronique: vésicule non perçue. Foie peu augmenté de volume, un peu dur; bord mousse grand athérome; emphysème! rate non perçue par la percussion.

Autopsie. — Néoplasme des voies biliaires.

B. V., âgé de soixante douze ans, menuisier, entre à la salle Sainte-Marie (service de M. le docteur Devic) le 19 décembre 1906.

Mère morte en couches.

Père mort d'une attaque d'apoplexie.

Un frère mort à la suite d'un froid, un autre à soixante-douze ans d'une hémorragie sur la nature de laquelle on ne peut avoir de renseignements.

Le malade est veuf. Sa femme est morte à soixante-huit ans, d'affection indéterminée.

Un seul enfant mort à deux ans de coqueluche. Sa femme n'a pas eu de fausses couches. Le malade nie toute spécificité. Pas d'habitudes alcooliques nettes, un litre et demi de vin par jour, quelques verres d'alcool dans le café et de temps en temps quelques apéritifs.

Comme antécédents morbides le malade ne signale qu'une prédisposition marquée à s'enrhumer pendant l'hiver. Jamais d'hémoptysie ni de période aiguë de bronchite. En 1889 il aurait eu l'influenza qui s'accompagna paraît-il de jaunisse. Il fit pour cela un séjour d'une dizaine de jours à l'hôpital. Depuis il n'aurait plus eu d'ictère jusqu'à ces derniers temps. Cependant le malade dit que depuis une vingtaine d'années par intervalles il éprouvait surtout la

nuît de petits picotements dans la région du foie sans irradiations et sans intensité suffisante pour arrêter son travail. Il aurait fait un nouveau séjour à l'hôpital en chirurgie pour une plaie du cuir chevelu.

Le début de l'affection actuelle remonterait à environ trois semaines, le malade étant en bonne santé et sans avoir fait d'excès alimentaires commença à éprouver des démangeaisons généralisées à tout le corps; en même temps il s'aperçut qu'il devenait jaune, que ses urines étaient rouges; il n'a pas remarqué ses matières, il n'a pas eu d'hémorragie. Il se plaint en outre d'une certaine chaleur assez sourde qu'il localise au niveau des fausses côtes droites. Le malade aurait maigri de 2 à 3 kilos en un mois.

Examen clinique. — Bon état général.

Abdomen. — A la palpation on sent facilement le foie qui déborde de quatre travers de doigt les fausses côtes: il est très facile dans toute son étendue jusqu'à gauche du creux épigastrique d'acrocher son rebord qui est ferme sans nodosité.

La pression tout le long de ce bord est douloureuse avec peut-être un peu plus d'intensité vers la région vésiculaire.

La matité hépatique remonte en haut jusqu'à la cinquième côte.

La rate n'est pas perceptible à la palpation. La matité n'est pas non plus perceptible.

Grosse hernie inguinale droite et atrophie du testicule.

Cœur. — Pointe non perçue même dans le décubitus latéral prononcé gauche.

A l'auscultation les bruits sont réguliers et assez lents. Le maximum d'intensité est dans le cinquième espace en dedans de la région mamelonnaire. Pas de battements épigastriques.

Pouls à 72 : un peu tendu.

Poumons. — Rien à signaler.

Langue saburrale, humide.

Pas de troubles nerveux; réflexes rotuliens normaux; bourses professionnelles prérotuliennes surtout à droite.

Pas d'œdème des jambes.

Urines acajou : albumine : pas de sucre, réaction de la cocarde nette.

Température : 37°.

20 décembre. — L'extrémité de la clavicule droite est très épaissie : il semble qu'on sent un cal.

27 décembre. — Les artères périphériques sont dures. Cœur à 76. Les temporales sont sinueuses. Il y a toujours des démangeaisons qui sont surtout nocturnes. Langue très saburrale.

2 janvier 1907. — Il semble que l'ictère se soit légèrement foncé depuis l'entrée. Urines toujours bien nettement acajou.

Depuis qu'il est ici, le malade a bu du lait, des potages et a pris un œuf par jour. Il dit avoir quelquefois des nausées, mais ne vomit pas.

La palpation donne toujours : rate difficile à sentir : pas de vésicule : foie déborde toujours de deux travers de doigt les fausses côtes.

On relève facilement son bord comme la couverture d'un livre relié.

5 janvier. — Le malade a eu hier un vomissement biliaire.

12 janvier. — Le malade présente toujours une teinte jaune, mais non verdâtre. Son état général baisse. Au niveau du grand droit du côté droit, on sent une plaque indurée irrégulière en palpant par comparaison avec le côté gauche; en dehors du même grand droit, le bord inférieur du foie est toujours palpable et il est tranchant. Ventre très souple.

Pouls à 60. Prurit généralisé très intense.

Prend des potages, du lait. Langue très saburrale. Pas d'ascite. Pas d'escharres. Rien aux plèvres.

Cœur. — L'examen du tracé sphygmographique ayant

attiré l'attention sur le deuxième bruit, on constate que celui-ci n'a pas le caractère dangereux qu'il devrait avoir chez un athéromateux. Souffle de Duroziez : douteux.

18 janvier. — On ne perçoit aucune matité splénique.

On suit le bord du foie même au niveau du creux épigastrique et à ce niveau il est à un travers de doigt au dessus de l'ombilic. A la suite de lotions vinaigrées chaudes le prurit ressenti par le malade est moins intense.

19 janvier. — Quand on soulève le bord du foie entre les phalanges et le pouce, il semble que le foie n'ait rien. Pas d'ascite.

22 janvier. — On ne sent toujours pas la rate.

Foie toujours bien perceptible. Bord tranchant sans nodosités.

Pouls à 52 régulier. Langue très saburrale.

Quantité d'urines collectée pendant plus d'un mois a toujours été de plus de deux litres avec les mêmes caractères.

29 janvier. — On ne sent toujours pas la rate : il ne s'agit donc pas de cirrhose biliaire. Pouls 50; artères très sinueuses.

2 février. — En soulevant le bord du foie on parvient à le faire entrer presque entièrement sous les fausses côtes.

Pas de modifications de la consistance.

A cause de l'amaigrissement de la paroi on passe l'extrémité des doigts entre les fausses côtes et le foie.

Angiome de la lèvre inférieure à gauche à la ligne médiane.

Etat local et général toujours le même.

9 mars. — Léger œdème des jambes et des cuisses. Petite eschare interfessière et sacrée.

Depuis longtemps le malade prend tous les deux jours de l'eau de Villacabras.

Le foie présente toujours la même disposition.

Langue toujours très saburrale et très sèche.

11 mars. — En trois mois le malade a perdu 3 kilogr. :

l'amaigrissement n'est compensé par aucun œdème. Pas de rétraction de l'ombilic. Aucun signe de dilatation de l'estomac. Souffle de Duroziez douteux. Rate non perceptible. Rien aux bases pulmonaires.

21 mai. — Le poulx est à 60-68. Quand on palpe les deux côtés à droite et à gauche de la ligne médiane au creux épigastrique, on a un peu plus de résistance à droite.

6 avril. — Quelques taches purpuriques sur les jambes et sur les cuisses.

Rate et vésicule non perçues.

Petite escharre sacrée.

Léger œdème des deux jambes.

Langue un peu moins saburrale.

Poulx: 80.

15 avril. — Le malade sort malgré l'avis de M. le docteur Devic. A ce moment il est devenu très cachectique et ne sort presque plus de son lit. L'état local et l'ictère ne se sont pas modifiés.

29 avril. — Le malade revient ramené par la voiture d'ambulance après avoir été trouvé sur la voie publique.

30 avril. — Le malade a pris hier deux œufs et un demi-litre de lait. Pas de vomissements. Langue humide et très saburrale.

L'œdème des membres inférieurs a augmenté. La teinte des téguments est jaune vert.

Le foie se soulève toujours faiblement. Pas de matité splénique. Pas d'ascite. Subdélire continu.

Poulx 128, très nettement décroissant.

Petite eschare sucrée.

On peut soupçonner un foyer d'hépatisation à la base droite. Mais difficultés considérables d'auscultation. Cra-chats légèrement colorés.

6 mai. — Mort.

Relevé des températures de décembre à mai. — Oscillations diverses entre 36°,5 et 37° 3 et surtout entre 37°,4 et 37°,5.

Autopsie

Cœur	330 gr.	Rein gauche	190 gr
Poumon droit...	480 —	Rate	430 —
Poumon gauche..	370 —	Foie	2.350 —
Rein droit.....	210 —		

L'autopsie est pratiquée le 17 mai 1907.

Un peu de liquide citrin dans le péritoine. Un peu également dans la plèvre droite. Tous les viscères de même que la peau ont une teinte biliaire extrêmement marquée. On déroule facilement l'intestin. Pas de traces de péritonite. Pas de ganglions mésentériques. Les replis péritonéaux ont encore une légère couche grasseuse.

Aorte. — Face interne colorée en jaune par la bile. Pas d'insuffisance à l'épreuve de l'eau.

Athérome assez marqué surtout au delà de la crosse et notamment sur l'aorte abdominale. En certains points les plaques d'athérome ont pris une coloration vert-de-gris : ces points paraissent correspondre surtout aux points ulcérés. Tout près de la bifurcation de l'iliaque externe gauche on trouve une dilatation sacciforme ampullaire du volume d'une noix dont le bord supérieur est à peine à un demi-centimètre de la naissance du vaisseau. La cavité est à peu près complètement occupée par des caillots fibrineux stratifiés et quand on détache des caillots on aperçoit une paroi nettement athéromateuse. La paroi, au niveau de cette dilatation, est notablement plus mince que le point correspondant de l'autre artère iliaque externe. A la partie terminale de l'iliaque primitive séparée de ce qui vient d'être décrit à peine par 1 centimètre, on trouve une dilatation ampullaire en voie de formation ayant pour fond une grosse plaque d'athérome ulcérée. Evidemment il s'agit de deux anévrysmes des artères iliaques primitive et externe. Les lésions spécifiques sont inappréciables sur l'aorte thoracique et abdominale et sur l'embouchure des gros vaisseaux.

Cœur. — Pas de péricardite.

Le cœur paraît globuleux et est coloré par la bile.

Athérome très modéré. Trou de Botal permettant de passer une sonde ordinaire de droite à gauche. Les valves de la tricuspide sont épaissies, irrégulières dans presque toute leur étendue. Endocardite ancienne possible, mais pas d'endocardite récente.

Les deux ventricules sont épaissis.

Larynx. — Rien à signaler.

Corps thyroïde. — Un peu gros surtout les lobes latéraux.

Poumons. — Extrêmement emphysémateux. Sommets absolument indemnes. Un peu d'atélectasie de la base droite.

Cripitent partout.

Dans la languette antérieure gauche on trouve en palpant deux nodules indurés un peu élastiques sans réaction périphérique et constitués par des nodules jaunes d'or faisant légèrement saillie. Le noyau paraît encapsulé. Aucune tace de lymphangite cancéreuse.

Rate. — Capsule un peu épaissie. Parenchyme très sombre, mais assez ferme. On ne constate pas de généralisation.

Reins. — Assez gros. L'atmosphère cellulo-adipeuse est dense et très adhérente. La capsule est épaissie mais s'enlève assez bien. On trouve quelques kystes. Le parenchyme est assez ferme. La coloration est assez intense pour rendre impossible la distinction des deux substances.

Estomac. — Adhérences anciennes avec les organes voisins. Pas d'ulcérations. Pas de tumeur. Cependant dans un point de la paroi on trouve un petit nodule blanchâtre, très dur, non ulcéré, faisant autant saillie à la face externe qu'à la face interne.

Esophage. — Rien de spécial. Pas de varices.

Foie. — Pas de thrombose de la veine porte ou de ses branches. Par l'ampoule de Vater il a été facile de cathétériser le cholédoque.

Pancréas. — Consistance normale dans toute son étendue de même que dans la portion qui enserre le cholédoque.

Vésicule. — Un peu plus volumineuse que normalement. Pas de calculs. Les parois paraissent très minces. Elle est remplie d'un liquide analogue à une solution de gomme arabique jaune aux reflets verdâtres, visqueux, sirupeux.

Pas de ganglions dégénérés le long du pancréas ni le long de la petite courbure de l'estomac. On ne constate pas de périhépatite, ni d'adhérences anormales aux organes voisins. Le bord antérieur est lisse.

Deux ou trois noyaux de généralisation sur la face supérieure tous de petit volume, arrondis, faisant à peine saillie, plongeant assez profondément, non capsulés. Quelques-uns des noyaux sont centraux. Ils ont tous une coloration blanchâtre qui tranche avec celle du parenchyme coloré en vert intense par la bile. La dilatation des voies biliaires intrahépatiques est considérable. Les canaux même de deuxième et de troisième ordre sont beaucoup plus gros qu'un canal cholédoque ordinaire et cette dilatation va jusqu'à la périphérie de l'organe. Les voies biliaires ont une face interne non colorée par la bile, lavée et contenant un liquide semblable à celui de la vésicule c'est-à-dire analogue à une solution de gomme.

A travers le néoplasme qui est de la grosseur d'une petite mandarine on voit très bien serpenter l'artère hépatique dont le calibre est rétréci mais qui n'est pas thrombosée. A la coupe, la moitié du néoplasme prend la forme d'une protubérance, la partie déprimée de la face supérieure correspondant à l'hépatique, au confluent du cystique. Pas du tout de calculs. A la tumeur elle-même semblent s'ajouter les ganglions du hile du foie. Le cancer, à la coupe, est blanchâtre, lisse, dur, peu lardacé, ne donnant pas de suc au raclage et non coloré par la bile.

La tumeur commence exactement au delà du cholédoque qui est tout à fait indemne à occuper l'hépatique et le cystique presque jusqu'à son abouchement dans la vésicule. Celle-ci a des parois souples, minces, très régulières et une face muqueuse tout à fait saine. En décollant la vésicule du

foie on voit que dans la fossette hépatique qui la loge à travers la capsule épaissie il y a plusieurs noyaux néopasiques, petits, superficiels.

Les points où les voies biliaires sont envahies ont une lumière complètement oblitérée, la muqueuse bourgeonnante, irrégulière, formée d'un tissu rougeâtre se confond avec les autres couches; on ne peut la limiter que par la consistance qui est friable; celle des autres couches est ferme et se confond avec la grosse masse blanchâtre dure qui a été décrite plus haut.

On ne trouve rien au pancréas comme nous l'avons vu.

Aucune généralisation en dehors du foie. Dans cet organe, la généralisation ne s'est pas faite suivant les canaux biliaires car on ne constate aucun ordonnancement suivant ces derniers. Il n'y a pas d'altération de la forme extérieure de l'organe. Quand on a eu laissé couler le liquide qui distendait les voies biliaires intra-hépatiques l'organe est devenu mou, s'est affaissé, comme spongieux.

Le cholédoque paraît peut-être un peu plus gros que normalement, mais ne présente rien de pathologique. La tumeur a 3 centimètres $\frac{1}{2}$ à 4 centimètres de longueur et comprend la totalité du cystique, le commencement du chédoque et à peu près tout l'hépatique. En dehors de cette masse principale il n'y a point de ganglions isolés ou réunis appréciables à la vue ou dégénérés.

La vessie, la prostate, les organes génitaux ne présentent rien de particulier à signaler.

Liquide retiré de la vésicule biliaire.

Analyse faite par M. PORTERET, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Réaction faiblement alcaline.

Acides biliaires, faible réaction.

Cholestérine, 0.

Pigments biliaires, faible réaction.

Nombreux globules blancs.

Nombreuses cellules épithéliales minces disposées en chaînes.

OBSERVATION X (*inédite*).

Due à l'obligeance de M. le docteur DEVIC, n° 481
de sa collection.

Cliniquement. — Ictère intense progressif datant d'un mois, précédé de troubles gastriques vagues. Amaigrissement sans cachexie. Foie et rate ne semblent pas augmentés de volume.

Ni ascite, ni grosse vésicule. Phénomènes pleuro-pulmonaires terminaux.

Autopsie. — Néoplasme des voies biliaires.

M... Martin, soixante-et-un ans, cultivateur, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Nizier, service de M. le docteur DEVIC, parce qu'il a perdu ses forces et qu'il ne peut travailler.

Père mort à cinquante-cinq ans.

Mère morte vers le même âge.

Sept enfants. Trois sont morts. Le malade ne peut donner aucun renseignement sur les antécédents pathologiques de sa famille.

Personnellement il n'a pas eu de maladies de l'enfance.

Il a été exempt du service militaire (bon numéro).

Marié à vingt-trois ans, quatre enfants encore bien portants. Sa femme tousse tous les hivers depuis un « mauvais rhume » contracté il y a plusieurs années.

Pas d'affection vénérienne. Pas d'éthylisme avoué.

A l'âge de cinquante ans, affection qualifiée coup de sang à la jambe gauche; durée, deux à trois mois.

L'affection actuelle a débuté il y a environ quatre mois par une perte de l'appétit et des forces; amaigrissement, constipation rebelle. Pas de douleur au début, pas de vomissements. Il ne s'est jamais plaint de l'estomac antérieurement. Il a commencé à souffrir du ventre et principalement de la région épigastrique il y a deux mois. Rien ne rappelant la colique hépatique.

L'ictère date de quinze jours, est allé en augmentant progressivement pendant un certain temps, puis a diminué ces derniers jours.

Depuis trois semaines il s'alimente très peu. Il supporte seulement les aliments liquides parce que, dit-il, « ça ne passe pas ».

Cependant il ne vomit pas; il ne va pas à la selle sans lavement ni purgation. Il pesait, il y a un an, 60 kilos, aujourd'hui il pèse 52 kilos.

Actuellement il se plaint de perte complète de l'appétit avec anorexie élective pour la viande et les aliments gras, ainsi que de constipation et de douleurs épigastriques constantes causant de l'insomnie. Il se plaint beaucoup de sécheresse de la bouche.

Examen clinique. — Homme amaigri ne paraissant pas vraiment cachectique. Ictère jaune très marqué sur les muqueuses, laissant aux pommettes leur coloration qui est presque fébrile.

Urines très foncées, presque noires. Albumine et pigments. Pas de sucre. Les matières sont décolorées comme du ciment. Pas d'urticaire. Pas d'œdème des membres inférieurs. Rien aux organes génitaux. Ganglions dans les deux aines.

Abdomen. — Difficile à explorer à cause de la tension de la peau. Peu douloureux. Maximum de la douleur entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

Foie. — A la percussion, il ne paraît pas gros. On ne sent pas la vésicule. Pouls à 80, artères souples; pas d'athérome. Pouls faible.

Poumons. — La respiration s'entend bien partout, ni toux ni expectoration.

Emphysème très modéré.

Bruits du cœur : normaux.

15 mai 1904. — L'ictère présenté par le malade est allé en progressant. Les téguments présentent actuellement un beau teint jaune d'or très éclatant; pas de prurit.

Hier on a constaté que le malade baissait. Pas de fièvre. Température au-dessous de 37° , mais abattement très prononcé.

On trouve en plus au poumon : en arrière, à la base gauche de la submatité et de l'obscurité respiratoire, ainsi qu'un petit souffle expiratoire limité et fugace, très léger.

Anurie.

17 mai 1904. — Le malade est mort hier soir à 11 heures, sans avoir présenté de phénomènes nouveaux.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire a été faite le 9 mai et a été négative.

Relevé des températures :

6 mai 1904 : $37^{\circ},5$.

7 mai : $37^{\circ},8$, $38^{\circ},2$.

Du 8 au 13 mai, oscillations entre $36^{\circ},9$ et $37^{\circ},1$.

14 mai : $36^{\circ},4$, $36^{\circ},5$.

15 mai : 36° , $35^{\circ},9$.

16 mai : $35^{\circ},9$, 36° . Mort.

Autopsie

Cœur	230 gr.	Rein droit.....	210 gr.
Poumon droit....	1.200 —	Rein gauche.....	210 —
Poumon gauche, .	830 —	Foie	1.850 —
Rate	300 —		

Point de liquide dans le péritoine. La vésicule n'est ni apparente ni normalement placée après ouverture du sujet. Elle est cachée sous le foie qui dépasse à peine de deux travers de doigt les fausses côtes. Pas d'œdème des membres inférieurs. Un peu de liquide dans la plèvre droite.

Point de liquide dans le péricarde. Cependant péricardite récente; exsudats sur les deux faces, au niveau des quatre cavités.

Aorte. — Remarquablement souple, c'est à peine si l'on trouve deux ou trois points athéromateux et à peine propagés à la région du creux aortique.

Pas d'endocardite récente ni ancienne. Rien autre à signaler. *Cœur* un peu gros.

Rate. — Périsplénite en plaques. Organe volumineux non déformé; assez dur; pas de noyaux néoplasiques.

Reins. — Volumineux, égaux, non déformés, sans noyaux néoplasiques. Capsule légèrement épaissie et adhérente. Pas de diminution de hauteur de la substance corticale. Pas d'infarctus récent ni ancien.

Poumon gauche. — Pleurésie récente au niveau du tiers inférieur.

Cicatrices anciennes au sommet. Atélectasie corticale au niveau du lobe inférieur. Œdème très marqué du lobe supérieur. Emphysème modéré.

Poumon droit. — Pleurésie récente, mais à peu près généralisée avec petits infarctus, au niveau du lobe inférieur, à la limite de la zone d'atélectasie, qui occupe à peu près tout le lobe inférieur. Le lobe supérieur, dans sa presque totalité, est occupé par un tissu qui a les apparences de l'hépatisation lobulaire. Plusieurs points sont en voie de ramollissement; d'autres, ramollis déjà, forment des cavités communiquant entre elles, à parois très peu épaisses, formées par un tissu presque putrilagineux. Il n'y a cependant pas de masses ganglionnaires au niveau du hile du poumon. D'autre part, la coloration générale des organes, notamment du poumon, par la bile, est telle qu'il est très difficile d'apprécier l'état du parenchyme. La partie du sommet du poumon qui est occupée par les cavités ci-dessus décrites a bien le volume d'une mandarine.

Estomac. — Rien de spécial à signaler, ni ulcération ni tumeur. Parois souples et non épaissies. Rien notamment aux orifices. Pas d'adhérences anormales de l'estomac aux organes voisins.

La muqueuse duodénale présente un aspect ecchymotique.

L'ampoule de Vater est peu apparente. On y introduit une sonde cannelée sans difficulté et on pénètre dans toute l'étendue du cholédoque sans peine. On ne voit aucun rétrécissement du calibre de toute ce conduit.

On pénètre très facilement, du cholédoque par le cystique, dans la vésicule dont les parois sont très souples et qui ne contient qu'une quantité très modérée de bile très noire sans calculs. La muqueuse est lisse. Les parois du cholédoque, dans toute leur étendue, ont leur souplesse normale.

Les ganglions situés au-dessus de la tête du pancréas sont volumineux, mais non durs et ne paraissent pas néoplasiques.

Foie. — Le foie a son aspect extérieur à peu près normal. Pas de déformation. Adhérences très marquées du diaphragme. Capsule un peu épaissie, coloration vert foncé générale. La surface est un peu irrégulière, le bord antérieur mousse.

La consistance de l'organe est nettement augmentée. A la surface de la coupe, les lobules ne sont pas saillants. Il n'y a pas de dilatation des gros canaux biliaires. Pas d'abcès. Rien à signaler qu'une teinte générale diffuse plutôt vert jaunâtre. Pas de thrombose de la veine porte. Au-dessus de la tête du pancréas, autour du canal hépatique on trouve un noyau induré, allongé. Le pancréas dans toute son étendue ne présente rien de spécial, l'organe a partout au contraire une consistance molle : les canaux ne sont pas dilatés. Les ganglions du bord supérieur sont volumineux mais peu durs. On ne peut les soupçonner de néoplasie : par contre ceux du hile du foie sont très durs et ont tout à fait l'aspect néoplasique, mais ils sont un peu volumineux, ne forment point du tout de masse au sens propre du mot et ils ont tous gardé leur individualité.

La paroi du cholédoque paraît un peu épaissie et tomenteuse, seulement au niveau de l'abouchement de l'hépatique.

Aucun noyau de généralisation dans le reste de l'abdomen. Point de ganglions mésentériques.

Rien de spécial aux organes génitaux et aux capsules surrénales. Pas de goitre.

OBSERVATION XI (*résumée*).

(In DEVIC et GALLAVARDIN, *Revue de médecine*, 1901).

Cliniquement. — Ictère chronique foncé et progressif remontant à trois mois. Grosse vésicule. Cachexie rapide. On diagnostique : cancer du pancréas.

Autopsie. — Cancer de la partie inférieure du cholédoque. Homme, soixante-cinq ans.

OBSERVATION XII (*résumée*).

(In DEVIC et GALLAVARDIN).

Cliniquement. — Début par essoufflement et douleurs épigastriques vagues. Ictère chronique progressif d'une durée de quatre mois survenant deux mois après le début. Lobe droit du foie senti à la palpation d'une dureté ligneuse. Ascite durant le premier mois, cachexie profonde. Lévuulosurie alimentaire. Accès de fièvre préultime.

Autopsie. — Cancer primitif des canaux biliaires siègeant au niveau du point d'abouchement du cystique dans le cholédoque et l'hépatique.

Vésicule non rétractée, de volume normal.

Femme, cinquante-trois ans.

Relevé des températures. :

Du 24 janvier au 1^{er} février, oscillations entre :

36°,8 — 37°,5 — 38°.

Du 2 au 6 février, oscillations entre :

36° — 36°,7.

Du 7 au 17 février, oscillations entre :

36°,5 — 37°,3.

Du 17 au 27 février, oscillations entre :

35°,7 — 35°,8. Puis poussée fébrile. Mort.

CHAPITRE IV

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel entre le cancer de la tête du pancréas et celui des canaux biliaires n'est pas sans présenter de nombreuses difficultés. Aussi FRERICHS pouvait-il écrire, en parlant de ce dernier : « Des néoformations de cette sorte ne peuvent être « diagnostiquées pendant la vie : elles échappent « complètement à la palpation et aboutissent à la « mort avec toutes les apparences d'une oblitération « du cholédoque et d'une rétention biliaire... » Examinant nos observations et celles déjà publiées par les auteurs, nous allons essayer de trouver quelques signes pouvant amener le clinicien à trancher entre ces deux affections.

D'une façon générale, le cancer de la tête du pancréas semble frapper de façon à peu près égale les deux sexes, tandis que le cancer des canaux biliaires paraît se trouver en plus grande fréquence chez les hommes (30 hommes environ pour 16 femmes). Ce sont deux affections qu'on trouve chez les gens âgés ayant dépassé la cinquantaine, rarement avant et qui, habituellement n'ont rien présenté de particu-

lier dans leurs antécédents héréditaires et personnels. Il est à remarquer que dans la plupart des cas on ne trouve pas de lithias biliaire antérieure ou tout au moins sa manifestation douloureuse : la colique hépatique. Presque jamais on ne note d'hémorragies. La constipation est signalée aussi bien que la diarrhée.

Début. — La période de début est assez analogue dans les deux lésions. C'est en général l'ictère qui est le symptôme principal en même temps que le symptôme d'alarme qui éveille l'attention des malades. Ce sont par exemple des ouvriers auxquels leurs camarades ont dit qu'ils devenaient jaunes. Toutefois, certains ont éprouvé des douleurs diffuses dans la région de l'hypocondre droit ou dans la région épigastrique, mais ordinairement ils n'y ont guère pris garde et ils reportent leur lésion à un épisode aigu, indigestions ou vomissements. Ces troubles ont en général besoin d'être recherchés pour pouvoir être bien mis en évidence : ce sont en effet des douleurs abdominales vagues et diffuses sans localisation précise survenant soit après les repas soit au milieu de la journée, mais presque toujours très légères. D'autres fois ces troubles digestifs sont plus accusés : anorexie, amaigrissement, diarrhée légère, vomissements, enfin et c'est surtout un point sur lequel les patients insistent, ils ont une asthénie profonde et une perte complète de leurs forces. En même temps les selles sont décolorées, la langue est sale, la bouche amère, l'haleine fétide, les démangeaisons et le prurit cutané sont intenses.

Période d'état. — Examen de la vésicule biliaire.

— C'est sur la vésicule biliaire que l'attention des cliniciens est tout d'abord attirée car les nombreux travaux dont son changement de volume a été l'objet, montrent que son examen peut être d'une rare importance et fournir des renseignements précieux.

Dans les cancers de la tête du pancréas, elle présente presque toujours un volume anormal, témoin notre observation I, où sa dilatation était devenue considérable. Le rétrécissement du canal cholédoque et bientôt son oblitération amènent la rétention biliaire qui devient permanente et absolue tandis que la vésicule apparaît sous forme d'une tuméfaction lisse, saillante sous le rebord des fausses côtes droites ou sous le bord même du foie. On la sent avec beaucoup plus de facilité à mesure que la maladie fait des progrès, son volume augmentant de plus en plus et un observateur prévenu ne peut manquer de la sentir par la palpation. Mais il ne faut pas oublier cependant que quelques auteurs ont signalé quelques cas dans lesquels ce réservoir n'était pas dilaté.

Dans les cancers des canaux biliaires (obs. IX et X), on ne sent pas la vésicule: il semblerait donc que ce point fut un signe différentiel important. Mais il faut remarquer que dans nos deux observations nous avons affaire à deux cancers des canaux hépatiques et cystiques, c'est-à-dire relativement haut situés. On sait en effet que le siège du néoplasme varie et celui-ci peut occuper sur le tractus biliaire une situation basse ou élevée, sus-vésiculaire ou sous-vésiculaire, permettant ainsi ou empêchant l'accès

de la bile à l'intérieur de la vésicule. Si l'obstacle siège sur le cholédoque entre l'ampoule de Vater et ce point que MM. DEVIC et GALLAVARDIN ont appelé le confluent cholédoco - hépatico - cystique, constituant ainsi un cancer du segment sus-duodénal, la dilatation de la vésicule semble la règle. Sur dix-huit cas (DEVIC et GALLAVARDIN).

Vésicule dilatée 17 cas

Vésicule normale 1 cas

Lorsque l'obstacle siège au confluent cholédoco-hépatico-cystique ou au-dessus, constituant un cancer du segment sous-hépatique, l'état de la vésicule varie. Sur 20 cas.

Vésicule dilatée 9 cas

Vésicule normale 3 cas

Vésicule rétractée 8 cas

Donc la non dilatation vésiculaire l'emporte dans le cancer biliaire sous-hépatique, tandis que la dilatation est la règle presque absolue dans le cancer biliaire sus-duodénal.

Dans nos observations IX et X, la tumeur étant sous-hépatique, la vésicule n'était pas perceptible et son examen négatif permettait de diagnostiquer la position haute d'un cancer que l'histoire des malades et les phénomènes qu'ils présentaient faisaient supposer. Dans le cas de cancer sus-duodénal, il semble au contraire très difficile de se prononcer et presque toujours on ne peut décider entre cette lésion et un cancer de la tête du pancréas.

L'examen du réservoir biliaire donne donc un signe

important pour la localisation de la tumeur en amont du confluent cholédoco-hépatico-cystique ou à son niveau.

Examen de l'abdomen. — La palpation de l'abdomen pour chercher à sentir la tumeur ne donne pas de renseignements bien précis. Dans l'observation III on arrivait à sentir le néoplasme pancréatique en déprimant la paroi abdominale. Dans l'observation VIII, on percevait au niveau du bord du grand droit du côté droit un plastron induré de forme tout à fait indéterminée.

Certains auteurs ont essayé de délimiter les points où l'on peut obtenir quelques résultats et récemment, M. CHAUFFARD, insistait encore dans la *Semaine médicale*, janvier, 1906: « Prenons, disait-il, l'ombilic comme point de repère et de ce point menons une verticale et une horizontale formant un angle droit et dont le sommet correspond à l'ombilic, puis traçons la bissectrice de cet angle. La zone pancréatico-cholédocienne est comprise entre la ligne verticale et la bissectrice de l'angle sans dépasser par en haut une hauteur de 5 centimètres sur la bissectrice, sans atteindre en bas tout à fait jusqu'à l'ombilic. Cette délimitation certaine me paraît assez exacte pour les sujets dont la paroi abdominale n'est pas trop grasse. » C'est en effet dans cette zone qu'on peut arriver à percevoir la tumeur pancréatique, mais malheureusement nombreux sont les cas où on ne peut arriver à un résultat appréciable, soit que les malades contractent leur paroi soit que celle-ci ne

soit pas assez mince, assez dépressible, soit que la tumeur soit profondément située.

Quant au néoplasme des voies biliaires, bien que dans l'observation VIII on ait senti à droite du muscle grand droit un plastron induré, il est en général inabordable parce que profondément situé.

Donc la palpation de l'abdomen ne nous donne que très rarement des renseignements dont on puisse tirer parti, néanmoins il sera utile de la pratiquer.

Examen du foie. — Le foie est ordinairement dur dans le cas de cancer de la tête du pancréas, on sent souvent son bord tranchant dépassant les fausses côtes, mais il est petit ou de volume normal ainsi que le montrent les protocoles d'autopsie. Il est en général peu douloureux à la pression excepté la tuméfaction qui répond à la vésicule biliaire. On a cependant signalé quelques cas, rares il est vrai, où ce viscère avait un volume anormal (DIEULAFOY, 1904). Mais on n'a pas signalé ce foie hypertrophié dur mamelonné comme il arrive dans les cancers du tube digestif. Néanmoins, l'atteinte néoplasique secondaire a bien lieu dans cet organe, mais il semble que c'est un caractère du foie cancéreux pancréatique de conserver un petit volume.

Le néoplasme des canaux biliaires extra-hépatiques s'accompagne d'un foie assez volumineux (observation IX: 2.350 gr.; observation X: 1.850 gr.), qu'il soit sous-hépatique ou sus-duodénal. Cette hypertrophie semble indépendante de la généralisation cancéreuse secondaire. Ce volume doit relever

d'une cirrhose biliaire ascendante et probablement aussi d'une certaine congestion de l'organe, car quelquefois à l'autopsie le volume que l'on observe ne correspond pas exactement à celui trouvé pendant la vie.

C'est là un signe diagnostique qu'il importe de retenir.

Examen de la rate. — Dans le cancer du pancréas la rate n'est pas en général hypertrophiée, elle a un petit volume, c'est la rate cancéreuse, 90 grammes obs. I; 155 gr. obs. III; normale, obs. IV, V. Dans le néoplasme des canaux biliaires son hypertrophie accompagne habituellement celle du foie. Elle est signalée dans huit cas (*In* DEVIC et GALLAVARDIN). Malheureusement dans beaucoup de cas l'examen de ce viscère n'est pas noté. Dans nos observations IX et X, la rate pesait 430 grammes et 300 grammes alors que son poids normal est 190 grammes.

Troubles digestifs. — Les troubles sont à peu près analogues dans les deux variétés de lésions qui nous occupent. Ils relèvent pour une part de l'absence du déversement de la bile et du suc pancréatique dans le milieu intestinal, et pour l'autre du dépérissement qui accompagne toute lésion néoplasique. La perte de l'appétit, le dégoût progressif pour les aliments sont la règle; les vomissements, la diarrhée, les selles graisseuses, la lipurie sont variables.

Courbe thermique. — Quand on compare les rele-

vés de température de nos observations ainsi que ceux qui ont été publiés, on s'aperçoit que dans le cancer de la tête du pancréas, ainsi que MM. BARD et PIC l'ont démontré, l'hypothermie est la règle absolue. Dans notre observation I, la température a été hyponormale pendant presque toute la durée de la maladie pour atteindre ensuite des chiffres très bas: 35°,5, 35°,4, 35°,2.; Obs. II: 34°, 33°, 32°,6; Obs. III: 36°,2; Obs. IV: 34°,8; Obs. VIII: 36°,5.

Il est difficile de trouver des courbes de température dans les observations de cancer des canaux biliaires. On dit en général que la température est normale. C'est ce que nous constatons dans notre Observation IX, où l'on note même quelques légères élévations. Dans l'Observation X, le malade a eu au début un peu de fièvre, puis sa courbe est redescendue à la normale. On note bien dans les trois derniers jours deux ou trois chiffres bas, mais c'était à la période préagonique.

Il semble bien d'une façon générale que le collapsus profond avec abaissement considérable de la température au-dessous de la normale est fréquent à la période terminale du néoplasme pancréatique; il succède à une longue période, non seulement d'apyrexie, mais encore de températures basses, et il semble bien qu'il soit sous la dépendance de la lésion pancréatique.

Cachexie. — A dater du jour où l'ictère a fait son apparition, ictère qui est presque toujours progres-

sif et présente rarement des rémissions, l'amaigrissement et la cachexie font de rapides progrès dans les deux variétés d'affections. Celles-ci sont toujours à courte échéance : six semaines à six mois, quelquefois huit mois. VERNAY disait en 1884 : « La cachexie cancéreuse est très remarquable par son intensité et la rapidité de son développement. L'amaigrissement commence à se manifester dès le début, et en quelques semaines le malade est réduit à l'état de squelette. » Cette cachexie semble, ainsi que BARD et PIC l'ont indiqué pour le cancer du pancréas, provenir d'une sorte d'auto-intoxication produite sur l'organisme par la tumeur, qui est une véritable glande pathologique imparfaite et dépourvue de canal excréteur. De plus, la bile ne peut aller remplir son rôle dans le tractus intestinal et s'opposer aux fermentations putrides. Des modifications surviennent dans les phénomènes digestifs qui ont pour conséquence la pénétration de toxines nombreuses dans l'organisme. Enfin, le foie est le siège d'altérations diverses, alors même qu'il ne serait pas atteint par la généralisation. La cirrhose biliaire et les noyaux néoplasiques, s'ils s'y développent, apportent aussi des modifications importantes aux différentes fonctions de la glande hépatique et notamment à sa fonction antitoxique.

Le liquide retiré de la vésicule biliaire et analysé ne nous a pas semblé fournir de renseignements importants pour le diagnostic différentiel.

En résumé, il ne nous semble pas que l'on puisse donner de signes précis pour différencier les deux

ordres de lésions que nous avons étudiées; néanmoins, il semble que l'on puisse tirer de fortes indications que nous appellerons *signes de présomption* en examinant avec soin le foie, la rate, la vésicule et la courbe de température.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer de la tête du pancréas et celui des voies biliaires extrahépatiques sont deux affections qui atteignent des sujets ayant dépassé en général l'âge moyen de la vie et n'ayant rien présenté de spécial dans leurs antécédents.

II. — Ces deux affections sont caractérisées par un ictère intense et presque toujours progressif, s'accompagnant d'un amaigrissement et d'une cachexie considérables et sont en général de courte durée.

III. — Les signes de diagnostic différentiel entre ces deux affections, qu'on peut appeler *signes de présomption* sont tirés de l'examen de la vésicule biliaire, du foie, de la rate et de la courbe de température.

IV. — Il est possible, de par l'état de la vésicule, de faire le diagnostic différentiel du cancer du pancréas et de celui des voies biliaires extrahépatiques

quand le néoplasme siège en amont du confluent cholédoco-hépatico-cystique (canal hépatique ou ses branches) ou au niveau de ce confluent. Il ne s'agit bien entendu que d'un diagnostic de probabilité et non de certitude.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COLLET.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Le 7 décembre 1907,

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
Président du Conseil de l'Université
JOUBIN.

OUVRAGES A CONSULTER

- Albers.** — Atlas der Patholog. Anatomie IV, Tafel 38 und Erlaubnung dazu IV, Abtheil, § 490, in Benner.
- Aufrecht.** — Pathologische Mittheilungen. Heft. 1882, p. 123, in Benner.
- Bæhr.** — Die Ursachen der Verengerung und der Verschliessung der Gallensausführungsgangen. (In Diss. Berlin, 1870).
- Bard.** — Rapport du cancer de l'ampoule de Vater et du cancer du Pancréas. Congrès de Tunis. *Bulletin médical*, 1896, p. 29.
- Bard et Pic.** — Etude sur le cancer primitif du Pancréas. *Revue de médecine*, 1888.
- Benner.** — Ein Fall von Gallenstauungscirrhose der Leber nach primären Adenocarcinom in Ductus choledochus. (In Dissertations Halle, 1892).
- Bernheim et Simon.** — Sur deux cas de cancer primitif des voies biliaires. *Revue médicale de l'Est*, 1887, p. 492. 500.
- Besançon.** — Ictère chronique par rétention biliaire. Obstruction du du canal hépatique. *Soc. anatomique*, novembre 1893.
- Birsch-Hirschfeld.** — Lehrbuch der Path. Anat., 1885, Bd II, p. 643.
- Bohnsted-Friedrich.** — Die differential Diagnosc. zwischen dem durch Gallenstein und dem durch tumor bedingten Verschluss des Ductus choledochus. (In Dissertation, Halle, 1893).
- Booth et Pic.** — *Medical Record*, 1897, avril, p. 531, in Tessier et Audran.
- Bourgeret et Cossy.** — Cancer du canal cholédoque. Thrombose de la veine porte. *Bull. Soc. Anat.*, 1873, p. 347.
- Bradburg** — Cambridge medic. Society, mars 1886, in the *British Méd. Journ.*, 1886, II, p. 828.

- Brenner et Martin.** — Über der primæren Carcinom des Ductus choledochus. (*Virchow's Archiv.* Bd 158, p. 253.)
- Bressy.** — Un cas de tumeur biliaire formé dans le conduit hépatique. Thèse de Strasbourg, 1867.
- Brunswick.** — Ein Fall von primæren Krebs der Gallenswege. In Dissert. Kiel, 1893.
- Cadet de Gassicourt.** — Kyste hydatique développé sur le trajet du canal cholédoque. *Bull. Soc. Anat.*, 1885. p. 214.
- Chappet.** — Cancer épithélial primitif du canal cholédoque. *Lyon médical*, 1894.
- Chauffard.** — Maladies du pancréas, in Charcot, Bouchard, Brissaud.
- Chauffard.** — *Semaine médicale*, janvier 1906.
- Chouppe.** — Carcinome du canal cholédoque. *Bull. Soc. Anat.*, 1872, p. 53.
- Claissé.** — Cancer primitif des voies biliaires. *Bull. Soc. méd. des hôpitaux*, 1897, p. 1262 et *Presse médic.*, novembre 1897.
- Daubeuf.** — Cancer de la mamelle, cancer second. du cystique. *Bull. Soc. Anat.*, XXV, p. 146.
- Deetjen.** — Ein Fall von primæren Krebs der Ductus choledochus. *Deutsche Archiv f. Klinische Medecin.*, 1895, Bd LV, p. 241.
- Delafield.** — Carcinoma of the common bile duct. *Hyg. Méd. Journal*, 1884, I, p. 582.
- Devic et Gallavardin.** — Cancer primitif des canaux biliaires. *Rev. de méd.*, 1901.
- Dieckmann.** — Über des primære carcinom des Ductus choledochus. In Dissert. München, 1889.
- Durand-Fardel.** — Recherches anatomo pathologiques sur la vésicule et les canaux biliaires. (*Arch. générales de Méd.*, 1840, p. 147).
- Durante.** — Cancer alvéolaire des voies biliaires secondaires à un cancer microscopique du pancréas. *Bull. Soc. Anat.*, 1893, p. 342.
- Ehrmann.** — Maladie organique de l'appareil biliaire. Faculté de Méd. Strasbourg, 1843, p. 1-6, 2 planch.
- Etienne.** — Forme pyoseptique du cancer du canal cystique : ictère, obstruction du canal cholédoque par un ascaride. *Arch. gén. méd.*, 1896, p. 284.
- Fausel.** — *Bull. Soc. Anat.*, novembre 1838.
- Frerichs.** — Maladie du foie, 1877.

- Frankel.** — *Berlin. Klin. Wochensch.*, 1894, p. 252.
- Fussel.** — Cancer of head of pancreas with Gallstones. Proceed of the patholog. Soc. of Philad. N. S. V., p. 105, febr. 1902.
- Gallavardin.** — Sur un cas de collection biliaire sousphrénique enkystée au cours d'un cancer de la tête du pancréas. *Lyon méd.*, 1902, XCIX, 798.
- Gieson (Van).** — *Proc. New-York. Path. Soc.*, 1889-90, p. 22.
- Gilbert et Claude.** — Cancer des voies biliaires par effraction dans le cancer primitif du foie. *Arch. gén. de Méd.*, mai 1895.
- Griffon et Dartigue.** — Epithélioma du cholédoque. *Bull. Soc. Anat.*, novembre 1896, p. 820.
- Haas.** — Bericht im der Medizinischer Klinik. *Prag. Vierteljahresschrift*, Bd. CXXXII, 1876, in Beuner.
- Hanot.** — Nouvelle observation du cancer de l'amp. de Vater. Cancer du pylore pancréatico-biliaire. *Arch. gén. méd.*, 1897.
— *Bull. méd.*, 1896, p. 28.
— *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1896, 24 avril.
- Harley.** — Traité des maladies du foie.
- Hippel.** — Ein Fall von multiplen cystadenom der Gallengänge mit Durchbruch im Gefäßsystem. *Virchow's Archiv*. Bd. CXXIII, p. 473.
- Hesper.** — Zwei Fälle von primären carcinom der Gallensauführungsgänge. (In Dissert. Bonn. 1893.)
- Howald.** — Das primären larcinom des Ductus hepaticus and choledochus. (In Dissert. Bern., 1893.)
- Jenner.** — Über Stauungs icterus infolge primären Krebs des Ductus hepatici. (In Dissert. Breslau, 1892.)
- Jourdon.** — Cancer primitif des voies biliaires. *Bull. Soc. Anat.*, 1891, p. 323.
- Korczinski.** — In Jahresb. von Birsch Heischfeld, 1878, p. 288.
- Kraus.** — Ein Fall von primären Krebs des Duct. choledoch. infolge einer im letzteren eingekulten Gallenstein. *Prag. Med. Woch.*, 1884, n° 49.
- Lancereaux.** — Traité des maladies du foie et du pancréas. Paris, 1899.
- Lang.** — Vier Fälle von Gallensblasencarcinom. (In Diss. Halle, 1871, in Benner.)
- Laugier.** — Rétrécissement cancéreux des voies biliaires. *Bull. Soc. Anat.*, 1887.

- Lecène et Pagniez. — Deux nouveaux cas de cancers juxta-hépatiques des voies biliaires. *Arch. gén. de Méd.*, février 1901.
- May. — Ein Fall von primæren Krebs des Ductus choledoctus. *Münich Med. Woche*, 1892, p. 590.
- Mouisset. — Du signe de la vésicule pour le diagnostic différentiel des causes de l'obstruction des voies biliaires. *Lyon Méd.* XCVIII, p. 785, 25, mai 1902.
- Mouisset et Bonnamour. — Cancer primitif de la tête du pancréas avec obstruction intermittente du cholédoque. *Lyon Méd.*, CH, p. 777, 17 avril 1904.
- Murchison. — Traité des maladies du foie, obs. CXXIV.
- Musser. — Primary cancer of the Gallsbladers anabiledents. *The Boston Med. ant Surg. journal*, 1889, nos 22, 23, 24.
- Netter. — Cancer des voies biliaires. *Bull. Soc. Anat.*, 1889, n° 36.
- Niemeyer. — Ein Beitrag zur Kasuistik der Geschwülste der Gallenblase und Gallenwege. (In Dissert. Würzburg, 1888.)
- Norman Moore. — Carcinoma of common bile duct. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1880, p. 142.
- Patel. — Néoplasme des voies biliaires. *Lyon Méd.* CI, p. 1002, 27 décembre 1903.
- Néoplasme de la tête du pancréas. *Lyon Méd.* CII, p. 61, 10 janvier 1904.
- Pic. — Etude sur le cancer du duodédum. *Revue de Méd.*, 1894, p. 25.
- Pirrone. — A proposito di un caso di carcinoma della testa del pancreas. *Riforma Medica*, Palermo Napoli, 1903, XXI, 757-765.
- Porte. — Cancer des voies biliaires. *Mém. et C. rendus de la Soc. de Méd. de Lyon*, 1894, p. 117.
- Plantean et Cochez. — Un cas de cancer primitif juxta-hépatique des canaux biliaires. *Revue de Méd.* XXIII, p. 70, 1903.
- Rendu. — *Soc. méd. des Hôpitaux*, août 1896.
- Rolleston. — Cancer primitif des conduits biliaires. *The medic. Chronicle*, Manchester, janvier 1896.
- *Presse Médicale*, 1896, p. 138.
- Rosenstein. — Icterus durch laneroïd des Ductus choledochus. *Berl. Klein. Wochens.*, 1864, n° 34.
- Sabrazès. — A propos d'un cancer de la tête du pancréas. *Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 1905, XXVI, 457-462.
- Schmitt. — Das primære carcinom des Ductus hepaticus und chole-docus. (In Dissert. Giessen, 1892.)

- Schüppel.** — Über Erkrankung der Gallenwege in Handbuch des sp. Path. und th. von Ziemssen, 1878, VIII, p. 71.
- Schreiber.** — Über das Vorkommen von primären carcinomen in den Gallenwege. *Berl. Kl. Woch.*, 1877, p. 31.
- Strabel.** — Soc. libre des chirurgiens de Berlin, 1897.
- Van der Byl.** — Transact. of the path. Soc., 1858-1858, p. 228-231.
- Wardell.** — Virchow's Hirsch. Jahrbuch, 1869.
- Warfoinge et Vallis.** — Ett fall of primar cancer i. duct. choled. Schmidts Jahrbuch. B. 226.
- Vernay.** — Cancer du pancréas. Thèse de Lyon, 1884, n° 236.
- Villard (G.).** — Etude sur le cancer des voies biliaires, Paris, 1881. *Gaz. Hôpitaux*, 1872 p. 877 *Mouvement médical* 1870, p. 10-34.
- Vincent.** — Cancer de l'ampoule de Vater. Thèse de Paris, 1895-1899.
-

LYON
IMPRIMERIE A. STORCK & C^{ie}
8, Rue de la Méditerranée.
